

Udzielający zamówienia: Urząd Miasta Krakowa Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia ul. Jana Dekerta 24, 30-703 Kraków tel. (012) 616-94-92	Załącznik nr 1a do ogłoszenia stanowiącego załącznik do zarządzenia Prezydenta Miasta Krakowa nr z dnia
---	--

Formularz ofertowy

Konkurs ofert

na wybór realizatorów usług merytorycznych w ramach projektu pn. "Postaw się! - wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym" w latach 2019-2021

<i>(pieczęć oferenta)</i>	<i>Data wpływu oferty (wypełnia Udzielający zamówienia)</i>
---------------------------	---

I. Dane oferenta

Nazwa oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Organ dokonujący wpisu		
Numer wpisu oferenta do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej		
Adres siedziby oferenta <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby upoważnionej do reprezentacji <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i>		
Nr NIP oferenta		
Nr REGON oferenta		
Telefon kontaktowy/fax do osoby upoważnionej do reprezentacji oferenta	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
Telefon kontaktowy/fax do osoby odpowiedzialnej za przygotowanie oferty	<i>(stacjonarny)</i>	<i>(komórkowy)</i>
e-mail		
Numer konta bankowego		

DO OFERTY NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. dokumenty potwierdzające kwalifikacje personelu medycznego realizującego Program;
2. pozytywną opinię Państwowej Inspekcji Sanitarnej potwierdzającą, że pomieszczenia, w których realizowany będzie Program są dopuszczone pod względem sanitarnym – jeśli dotyczy;
3. aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej;
4. aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
5. oświadczenie o sposobie rozliczenia (podmiot jest / nie jest podatnikiem podatku VAT);
6. oświadczenie o nie zaleganiu z należnościami względem ZUS, urzędu skarbowego i Gminy Miejskiej Kraków;
7. oświadczenie o realizacji usług merytorycznych w ramach projektu zgodnie z:
 - Programem pn. „Wczesne wykrywanie wad rozwojowych postawy i układu ruchu u dzieci w wieku szkolnym”;
 - Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020;
 - Podręcznikiem wnioskodawcy i beneficjenta programów polityki spójności 2014-2020 w zakresie informacji i promocji;
 - Księgą identyfikacji wizualnej znaku marki Fundusze Europejskie i znaków programów polityki spójności na lata 2014-2020 (lipiec 2017 r.);
 - Wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 z dnia 5 kwietnia 2018 r.
 - Wytycznych w zakresie informacji i promocji programów operacyjnych polityki spójności na lata 2014-2020 z dnia 3 listopada 2016 r.;
 - Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 z dnia 1 stycznia 2018 r.
8. certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie norm ISO i/lub akredytacji CMJ) – jeśli oferent posiada.

II. Elementy oferty podlegające ocenie Komisji**Kryteria oceny oferty****1. Kwalifikacje personelu medycznego przewidzianego do realizacji Programu:**

Imię i nazwisko, tytuł zawodowy	Czas, od kiedy osoba udziela świadczeń medycznych u oferenta (data) wraz ze wskazaniem podstawy prawnej (umowa o pracę i jej wymiar, umowa o dzieło, umowa zlecenie, inna umowa cywilnoprawna)	Posiadane specjalizacje i kursy (<u>dokładne wskazanie - do oferty dołączyć dokumenty potwierdzające kwalifikacje</u>)	Posiadane doświadczenie zawodowe (ogólny staż pracy w zawodzie)
1.			
2.			
3.			
4.			
Liczba punktów możliwych do uzyskania	Od 0 do 4 pkt		Liczba punktów przyznanych przez Komisję.....pkt

2. Dostępność do świadczeń objętych Programem:		
Dostępność do Programu:	Możliwość informacji telefonicznej - wpisać tak lub nie oraz wskazać nr telefonu	.....(tak/nie) tel.
	Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowane będą zajęcia korekcyjno - rehabilitacyjne	..... dni
	Należy wpisać ile dni w tygodniu gimnastyka korekcyjna będzie rozpoczynana po godz.16.00	.....dni
	Należy wpisać ile sobót w miesiącu realizowana będzie gimnastyka korekcyjna	.....sobót /miesiąc
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		.....pkt
3. Wyposażenie oraz warunki lokalowe		
Gimnastyka korekcyjna prowadzona będzie:	na terenie sali gimnastycznej samorządowej szkoły podstawowej biorącej udział w projekcie. Realizator zapewni wyposażenie niezbędne do realizacji zajęć m.in. maty do ćwiczeń, lustra, piłki rehabilitacyjne oraz taśmy elastyczne i laski gimnastyczne	..... (tak/nie)
	na sali do kinezyterapii, której warunki są zgodne z wymogami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej	..... (tak/nie)
	Na świeżym powietrzu w okresie wiosennym, letnim i jesiennym przy sprzyjającej aurze	..... (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (od 0 do 3 pkt)		.....pkt
4. Dodatkowe punkty:		
Odrębna linia telefoniczna wyłącznie na potrzeby Programu	Oferent deklaruje, że w przypadku przyjęcia oferty w terminie do dnia zawarcia umowy uruchomi odrębną linię telefoniczną	.....(tak/nie)
Oferent posiada co najmniej jeden certyfikat jakości udzielanych świadczeń medycznych (w szczególności w zakresie ISO i/lub akredytacji CMJ)		..... (tak/nie)
Listy intencyjne od dyrektorów placówek (szkół)		.....(tak/nie)
Oferent posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych w zakresie edukacji i profilaktyki wad postawy		..... (tak/nie)
Ilość punktów przyznanych przez Komisję (0 do 4 pkt)		.....pkt
5. Warunki konieczne:		
Oferent posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia		.....(tak/nie)
Łączna suma punktów przyznanych przez Komisję:		.....pkt
Proponowana cena poszczególnych usług:		
Proponowane ceny świadczeń medycznych objętych Programem:	Cena brutto przeprowadzenia badania przesiewowego jednego dziecka tradycyjną metodą badania fizykalnego z <u>testem zgięciowym Adamsa</u> (w tym koszt przeprowadzenia kwestionariusza ewaluacji)	..... zł brutto
	Zakładana liczba pacjentów	2019 rok osób 2020 rok .....osób 2021 rok osób
	Cena brutto prowadzenia <u>pojedynczych</u> zajęć gimnastyki korekcyjnej w grupie do 15 osób (1 spotkanie, 45 min. Zajęć)	..... zł brutto

Zakładana liczba pacjentów	2019 rok osób 2020 rok .....osób 2021 rok osób
Cena brutto prowadzenia pojedynczych indywidualnych zajęć korekcyjnych w grupie do 5 osób (1 spotkanie, 45 min. zajęć)	..... zł brutto
Zakładana liczba pacjentów	2019 rok osób 2020 rok .....osób 2021 rok osób
Cena brutto powtórnej wizyty lekarskiej wraz z badaniem Rtg)	..... zł brutto
Zakładana liczba pacjentów	2019 rok osób 2020 rok .....osób 2021 rok osób
Cena brutto przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dla uczniów (w tym koszt opracowania materiałów edukacyjnych)	..... zł brutto / 2019 rok zł brutto / 2020 rok zł brutto / 2021 rok
Cena brutto przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dla rodziców/opiekunów prawnych (w tym koszt opracowania materiałów edukacyjnych)	..... zł brutto / 2019 rok zł brutto / 2020 rok zł brutto / 2021 rok
Cena brutto przeprowadzenia szkolenia dla pielęgniarek/ higienistek szkolnych (w tym koszt opracowania materiałów edukacyjnych)	..... zł brutto

Zastrzega się, że na podstawie zawieranych przez Udzielającego zamówienie umów, w ramach przyznanych Przyjmującemu zamówienie środków finansowych, możliwe będzie przesuwanie tych środków pomiędzy poszczególnymi etapami Programu.

Oświadczenia:

- 1) *Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*
- 2) *Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty, oferent, którego reprezentuję nie będzie wykazywał do rozliczenia świadczeń zdrowotnych, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są jednocześnie finansowane z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.*
- 3) *Oświadczam, że w przypadku wyboru niniejszej oferty wskazany w ofercie personel medyczny do realizacji Programu, będzie wykonywał Program poza harmonogramem pracy, wynikającym z umowy finansowanej z innych środków, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*

(data, podpis i pieczęć oferenta lub osób/osób upoważnionej/upoważnionych do jego reprezentacji)

Ocena oferty przez Komisję Konkursową (wypełnia Komisja):	
Oferta przyjęta pod względem spełniania wymagań formalnych (Tak / Nie)	
Przyczyna/ przyczyny odrzucenia oferty:	
<i>(Uwagi Komisji Konkursowej)</i>	
Decyzja Komisji Konkursowej:	
Oferta przyjęta do realizacji: TAK/NIE	
<i>(wskazanie powodów przyjęcia/nie przyjęcia oferty)</i>	
Kwota przyznana na realizację Programu:	.....zł brutto
Data oceny	Podpis:
Przewodniczący Komisji Konkursowej	
Członkowie Komisji Konkursowej:	
1.	
2.	
3.	
4.	